

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

496

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue, le mardi 12 juillet 1898, à 1 heure*

Par LÉON PAULY

Né à Paris le 8 février 1870.

Ancien externe des hôpitaux et de la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la  
Faculté de médecine de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PHLÉBITES VARIQUEUSES

*Chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées*

*Président : M. BUDIN, professeur.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties  
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898



496

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue, le mardi 12 juillet 1898, à 1 heure*

Par LÉON PAULY

Né à Paris le 8 février 1870.

Ancien externe des hôpitaux et de la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la  
Faculté de médecine de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PHLÉBITES VARIQUEUSES

*Chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées*

Président : M. BUDIN, professeur.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes  
parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                         |                    |               |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
|                                                                         | <b>Doyen.</b>      | M. BROUARDEL  |
|                                                                         | <b>Professeurs</b> | MM.           |
| Anatomie . . . . .                                                      |                    | FARABEUF.     |
| Physiologie . . . . .                                                   |                    | CH. RICHET.   |
| Physique médicale. . . . .                                              |                    | GARIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                            |                    | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                    |                    | BLANCHARD.    |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                          |                    | BOUCHARD.     |
| Pathologie médicale. . . . .                                            | }                  | HUTINEL.      |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                        |                    | DEBOVE.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         |                    | LANNELONGUE.  |
| Histologie. . . . .                                                     |                    | CORNIL.       |
| Opérations et appareils. . . . .                                        |                    | MATHIAS DUVAL |
| Matière médicale et pharmacologie. . . . .                              |                    | TERRIER.      |
| Thérapeutique. . . . .                                                  |                    | POUCHET.      |
| Hygiène. . . . .                                                        |                    | LANDOUZY      |
| Médecine légale. . . . .                                                |                    | PROUST.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    |                    | BROUARDEL.    |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                           |                    | LABOULBENE    |
|                                                                         |                    | CHANTEMESSE.  |
|                                                                         |                    | POTAIN.       |
| Clinique médicale. . . . .                                              | }                  | JACCOUD.      |
|                                                                         |                    | HAYEM.        |
|                                                                         |                    | DIEULAFOY.    |
|                                                                         |                    | GRANCHER.     |
| Maladie des enfants. . . . .                                            |                    | JOFFROY.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . |                    | FOURNIER.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .                |                    | RAYMOND.      |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                       |                    | TILLAUD.      |
|                                                                         |                    | BERGER.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                          | }                  | DUPLAY.       |
|                                                                         |                    | LE DENTU      |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                      |                    | GUYON.        |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                                      |                    | PANAS.        |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                       | }                  | N.            |
|                                                                         |                    | PINARD.       |

## Agrévés en exercice.

|            |              |                   |          |
|------------|--------------|-------------------|----------|
| MM.        |              |                   |          |
| ACHARD     | GAUCHER      | MARIE             | SEBILEAU |
| ALBARRAN   | GILBERT      | MÉNÉTRIER         | THIERRY  |
| ANDRE      | GILLES DE LA | NELATON           | THOINOT  |
| BAR        | TOURETTE     | NETTER.           | TUFFIER  |
| BONNAIRE   | GLEY         | POIRIER, chef des | VARNIER  |
| BROCA      | HARTMANN     | travaux anatomi-  | WALTHER  |
| CHARRIN    | HEIM         | ques.             | WEISS    |
| CHASSEVANT | LEJARS       | RÉTTERER          | WIDAL    |
| DELBET     | LETULLE      | RICARD            | WURTZ    |
|            | MARFAN       | ROGER             |          |

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES PHLÉBITES VARIQUEUSES

Chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées

---

INTRODUCTION

Pour les anciens accoucheurs, la présence de varices volumineuses chez les femmes enceintes était un vif sujet de crainte. En outre des ruptures emportent la malade en une hémorrhagie foudroyante, ils craignaient l'inflammation déterminant des abcès, des phlegmons étendus, et surtout la septicémie purulente.

De nos jours, comme le fait remarquer M. Vaquez (1), « Les varices ne doivent pas être motif  
« à préoccupation. Entre ces deux époques,  
« l'asepsie a transformé les choses, a supprimé  
« la phlébite variqueuse post-puerpérale, témoi-  
« gnage d'une infection plus ou moins atténuée,

1. Vaquez. *Cliniques de la Charité*.

« dont la localisation était dirigée par l'altération préalable des veines atteintes. »

Malgré tous les soins antiseptiques, pris pendant le travail, malgré l'absence d'infection utérine, pourtant on note encore l'inflammation de ces varices, des cas de phlébite variqueuse chez les nouvelles accouchées.

Pendant notre année d'externat à la Clinique Tarnier, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de phlébite variqueuse.

M. le professeur BUDIN a bien voulu nous conseiller d'entreprendre l'étude de ces phlébites comme sujet de notre thèse : nous essaierons de démontrer que la phlébite variqueuse puerpérale décrite par *Nivert*, *Hervieux* (1), n'est plus qu'un accident extrêmement rare. Que cette inflammation qui parfois atteint chez les nouvelles accouchées les veines variqueuses des membres inférieurs, est le réveil, sous l'influence des troubles créés dans l'organisme par les fatigues de l'accouchement, d'une phlébite ancienne, dont l'agent pathogène est resté, quelques semaines, quelques mois, latent attendant une occasion, un terrain favorable pour manifester de nouveau sa présence.

On se trouve en face de ces cas de microbisme latent, si bien décrits par M. le professeur *Ver-*

1. Nivert. *Archives de médecine*, 1862. Hervieux. *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*.

*neuil*. Le médecin a affaire à une lésion locale qui n'a aucune tendance à se généraliser aussi l'état général de la malade reste-t-il satisfaisant.

Après avoir étudié la pathogénie, l'étiologie de ces phlébites, nous décrirons les différentes formes cliniques qu'elles affectent, nous montrerons que leurs symptômes, leur évolution, leurs complications sont commandés par deux facteurs : la virulence de l'agent pathogène, les lésions plus ou moins complexes des parois des veines variqueuses.

Cette étude terminée, il ne nous restera plus qu'à montrer les différences cliniques qui séparent la phlébite variqueuse de la *phlegmatia alba dolens*.

La première, infection indépendante de l'état puerpuéral, ainsi que le prouvent les cas de phlébite variqueuse pendant la grossesse, que nous publions ; et dont le pronostic est favorable.

La deuxième, relevant de l'état puerpuéral, ainsi que le démontrent les travaux de MM. Vidal, (1) et Vaquez (2) ; se localisant aux grosses veines profondes et se compliquant souvent d'accidents redoutables, l'embolie, les paralysies consécutives.

L'anatomie pathologique de ces phlébites,

1. Vidal, *Etude sur l'infection puerpuérale*.

2. Vaquez, *Leçons cliniques de la Charité*.

leur diagnostic avec les lymphangites, avec l'érythème noueux dont elles affectent parfois l'apparence extérieure; avec les ulcères syphilitiques qui souvent ont été pris pour des lésions purement variqueuses et enfin l'exposé des divers traitements tentés, termineront notre étude.

Pour cette dernière partie de notre travail, nous nous contenterons de résumer et de discuter les méthodes que défendent de nombreux ouvrages récents consacrés uniquement à cette question du traitement des phlébites.

## HISTORIQUE

En 1889, M. *Broca*, dans la *Revue de chirurgie*, publiait un travail sur les phlébites variqueuses, et en commençant, il constatait que jusqu'à cette époque peu d'auteurs en avaient abordé l'étude.

Si aucun travail important et général n'avait été écrit sur cette question, on pouvait cependant trouver dans les ouvrages de nombreux chirurgiens ou accoucheurs, des passages signalant et même décrivant les principaux symptômes, les complications qui se montrent dans les cas de phlébites variqueuses.

*Hevin* en 1793 signale l'inflammation des varices et la formation fréquente d'abcès.

*Ribes* en 1825 note la phlébite variqueuse chez la femme enceinte et sa terminaison par des abcès circonscrits ou des phlegmons.

*Casper* dans un ouvrage nommé *Commentarius de Phlegmatia alba dolente*, décrit certaines phlegmatia qui déterminent une rougeur diffuse de la peau le long du trajet des veines su-

perficielles, qui sont sinueuses et tuméfiées.

*Breschet* avait vu sur la peau des membres inférieurs atteints de phlegmatia de lignes rouges, sinueuses.

*Bouchut*, dans la *Gazette médicale* de 1844, écrit : « Nous avons souvent observé sur la peau des arborisations capillaires ; quelquefois des taches rouges formées par l'agglomération dans un point d'un nombre infini de vaisseaux. »

Ces divers caractères : rougeur de la peau, sinuosités, tuméfactions des veines superficielles semblent bien se rapporter à la périphlébite variqueuse.

En 1854, *Thiébaux* dans sa thèse montre que la phlébite est une des complications fréquentes des varices. « Elle peut se borner à la veine ou s'étendre aux parties voisines. »

La terminaison par infection purulente est rare. Si les parties voisines sont envahies, il y a phlegmon diffus ou circonscrit qui se termine le plus souvent par ulcération.

*Nivert* et *Hervieux* en 1862 montrent les liens qui unissent souvent les phlébites variqueuses à l'infection puerpérale, ils tentent aussi de la différencier de la phlegmatia.

*Bouillaud* écrit vers la même époque : « L'état puerpéral est une des causes les plus communes de l'inflammation variqueuse ».

En 1874, *Chabenat*, dans sa thèse, attire l'attention sur les complications des phlébites vari-

queuses, et surtout sur le danger des embolies.

*Marquet*, en 1876, tente de différencier les phlébites variqueuses chez les nouvelles accouchées, les unes étant de nature épidémique et dûes à la fièvre puerpérale, les autres simplement produites par l'irritation des parois veineuses, par le sang qui stagne.

En 1880, *Budin*, dans sa thèse d'agrégation sur les varices, note la rareté des complications graves dans les phlébites variqueuses.

*Siredey*, dans son traité des maladies puerpérales, y consacre un chapitre entier, et distingue deux sortes de phlébites variqueuses : l'une survenant chez les femmes infectées et se terminant par la pyohémie; l'autre restant une lésion localisée et dont le pronostic est favorable.

Puis, les travaux deviennent plus nombreux : c'est *M. Maydiou* en 1881 qui voit l'origine infectieuse des phlébites et qui écrit : « Si parmi les variqueux les uns jouissent d'une immunité complète de la phlébite variqueuse, c'est qu'ils se portent bien, tandis que les autres sont malades. » Et dans un autre passage :

« Les symptômes de la phlébite variqueuse sont les mêmes que ceux de la phlébite ordinaire, de même aussi son pronostic et ses complications. »

En 1888, *Vilon* dans sa thèse, rejette l'origine infectieuse et conclut que l'irritation mécanique, produite par le sang qui stagne dans les

veines ou veinules, est suffisante pour donner lieu à une inflammation, à une phlébite.

Nous avons alors les travaux de *Broca* qui cherchent à prouver l'origine infectieuse des phlébites ; elles seraient dues à la localisation sur l'endothélium veineux, d'agents pathogènes venus du dehors, soit par une plaie, une écorchure des téguments ; ou elles seraient consécutives à une maladie générale.

Dès cette époque, l'origine infectieuse de la phlébite variqueuse semble bien établie, et les travaux de MM. *Quénu*, *Vidal*, *Vaquez*, viennent encore apporter de nouveaux faits à l'appui de cette opinion.

Enfin pour terminer, citons les faits de MM. *Reclus*, *Schwartz*, *Oettinger* qui ont contribué à compléter l'étude des phlébites variqueuses.

Nous pouvons remarquer après cette courte étude historique, l'indécision qui a régné longtemps sur la nature des phlébites variqueuses ; les premiers auteurs les décrivant comme une forme particulière de phlegmatia, les autres, par suite des théories de *Virchow* qui triomphaient à leur époque, rejetant toute idée d'infection pour n'y voir qu'une lésion irritative causée par la stagnation du sang, tandis que certains n'y voyaient qu'une manifestation de l'épidémie puerpérale.

Enfin, de nos jours, grâce aux travaux de *Pasteur*, la nature des phlébites a pu être détermi-

née d'une façon indiscutable, l'examen bactériologique et les cultures ont permis de déceler, localisés au niveau de la lésion, de nombreux microorganismes pathogènes.

## ANATOMIE

Avant de commencer l'étude clinique des phlébites variqueuses, il nous paraît utile de rappeler d'abord en quelques mots l'anatomie normale des veines superficielles du membre inférieur.

Quelles sont les lésions, les modifications qu'y apportera le processus variqueux ? A quelle période de ce processus se montrent le plus souvent les phlébites, où débutera et se localisera l'infection ?

Nous savons que la circulation veineuse du membre inférieur est formée d'un système double :

L'un, profond, répondant aux artères nourricières de la jambe. L'autre, superficiel, constitué par deux veines sous-cutanées, les saphènes.

Les deux systèmes veineux en apparence indépendants sont étroitement unis, tant par l'abouchement du premier dans le second que par de nombreuses voies anastomotiques.

Les deux saphènes naissent de la face dorsale

du pied, chacune des extrémités d'une arcade transversale courbe et à concavité dirigée en arrière, formée par les veines collatérales des orteils (veines marginales).

La saphène externe croise le sommet de la malléole péronière, puis devient verticalement ascendante. Arrivée au niveau de la veine articulaire inférieure interne (Cruveilhier) entre les deux branches de division du sciatique, elle perfore l'aponévrose et va se jeter dans la veine poplitée.

La saphène interne croise le sommet de la malléole du tibia et remonte le long de la face interne de la jambe et de la cuisse en cheminant sur l'aponévrose superficielle.

Dans son trajet, elle est accompagnée par le nerf saphène interne.

Arrivée à quelques centimètres au-dessous de l'arcade crurale, elle perfore l'aponévrose de la cuisse qui forme à ce niveau le ligament de Hey, et va se jeter dans la veine fémorale profonde.

Dans leur trajet, les saphènes présentent des anastomoses les réunissant entre elles et aussi aux veines profondes. Les premières complètent le système veineux superficiel ; les deuxièmes assurent une communication constante avec le système profond ; elles présentent dans cette étude un intérêt particulier, car, pour M. Verneuil, c'est toujours par ces branches que débute le processus variqueux.

Ces anastomoses des saphènes avec les veines profondes ont été divisées par les anatomistes en trois classes : les anastomoses intermusculaires directes, les anastomoses intra-musculaires sont des branches isolées de dimensions assez considérables et fines ; les auto-anastomoses longitudinales ce sont des canaux nés de la veine qui vont se terminer plus haut dans cette même veine.

D'après M. Verneuil, elles naissent d'un segment intervalvulaire et vont se jeter dans un autre segment situé au-dessus.

Ce sont des canaux de sûreté avalvulaires égalisant la tension sanguine dans les divers segments veineux.

*Structure.* — Les parois des saphènes sont plus épaisses que celles des autres veines du même calibre, augmentation qui est due au développement de leur tunique moyenne qui contient, outre des faisceaux de fibres conjonctives, des fibres élastiques et lisses, des couches longitudinales élastiques.

Les valvules sont de deux sortes : les unes, en nid de pigeon, adossées par paire, sont dites pariétales, les autres, très rares, siègent spécialement au niveau des petites collatérales, valvules ostiales.

Dans les anastomoses entre les réseaux superficiels et profonds, *Houglé* a montré que la

concavité est tournée du côté des veines profondes. La disposition opposée existe au pied.

Les valvules en nid se rencontrent le plus souvent au-dessous des collatérales.

Les valvules ostiales existent seulement à l'abouchement des grosses collatérales, pour M. Le Dentu à toutes les collatérales.

Ainsi qu'on peut le voir par ce bref résumé, la plupart des conditions susceptibles de faire obstacle au retour du sang vers le cœur, sont réunies au membre inférieur.

Eloignement du cœur, diminution de la tension artérielle et de la vis à tergo.

Pesanteur dans la station verticale.

Compression par les muscles.

Nombre considérable des veines. Aussi voyons-nous les varices siéger surtout au niveau des membres inférieurs.

Pour expliquer leur fréquence chez les femmes enceintes, de nombreuses théories ont été émises ; les uns attribuent leur production à la gêne apportée dans la circulation en retour par la masse de l'utérus gravide (compression).

Les autres y voient une action du système nerveux, déterminant des troubles de l'innervation trophique, *Barnes, Dubois, Lancereaux, Leonardi*, ont défendu avec éloquence cette théorie.

Pour d'autres (1), les varices chez les femmes

1. Richard. Thèse, 1893.

enceintes seraient dues à une hypertension veineuse, soit à l'hypertrophie du cœur et à l'augmentation de la masse sanguine, soit à une communication plus ample et plus aisée entre les artères et les veines nourricières de l'utérus et de ses annexes.

Enfin, pour M. *Budin* (1), la cause proviendrait d'une modification dans la composition du sang : celui-ci, par suite des troubles de la nutrition, dus à la gestation, contiendrait des produits toxiques qui irriteraient la paroi interne des veines et favoriseraient la formation de varices. D'après le même auteur, les varices très fréquentes chez les femmes enceintes, n'affecteraient pas une préférence marquée pour les multipares, et de nombreuses observations citées, prouvent qu'on les observe aussi souvent chez les primipares.

Les cas de phlébites variqueuses que nous avons pu recueillir confirment encore cette théorie, les primipares sont presque aussi souvent atteintes que les multipares. Les varices peuvent s'observer chez les femmes enceintes dès les premiers mois de la grossesse ; on a alors le plus souvent affaire à des varices profondes ; ce sont elles qui pour *Verneuil* (2) seraient toujours les premières à apparaître ; c'est ainsi qu'il

1. Thèse d'agrégation.

2. Verneuil, *Gazette médicale*, 1855.

écrit : « Les varices ne débutent jamais par le tronc de la saphène externe ; le vaisseau reste le plus souvent à l'état normal, parfois même il s'atrophie quand le membre tout entier est couvert de dilatations veineuses.

Le siège primitif des varices, en effet, réside dans les veines profondes et surtout dans les veines musculaires et intra-musculaires du mollet, ces vaisseaux profonds sont d'abord atteints de dilatation et d'insuffisance valvulaire et ces deux modifications se propagent ensuite aux branches sus-aponévrotiques ».

Cette théorie est inscrite dans la plupart des cas (1) et nous explique ces troubles fonctionnels et sensitifs des membres inférieurs observés pendant les premiers mois de la grossesse sans qu'aucune sinuosité veineuse superficielle ne permette au premier abord de rapporter ces symptômes à un processus variqueux. Seul, l'examen attentif de la malade montre réunis tous les signes cliniques qui caractérisent pour *Verneuil* la présence de varices profondes ; mais ce trouble apporté dans la circulation intra-musculaire ne tarde pas à retentir sur les branches superficielles et les veines aponévrotiques sont bientôt atteintes de phlébite chronique.

Trois périodes sont à considérer dans l'évolu-

1. *Hughes. British med. journ.* 1887.

tion de cette affection : La première consiste dans un élargissement du calibre de la veine ; dans la seconde on note une modification des tuniques veineuses qui deviennent plus épaisses : enfin, la troisième période est caractérisée par une transformation absolue de la veine qui devient sinueuse et serpentine, le calibre du vaisseau est irrégulier, il présente des dilatations fusiformes et globuleuses au niveau desquelles la paroi veineuse est amincie, les valvules sont détruites ou deviennent insuffisantes.

Presque toujours ce sera sur ces varices dont les parois sont profondément altérées, qu'on verra se localiser l'inflammation, ce sont elles qui donneront lieu à de la phlébite et de la péri-phlébite variqueuse.

L'étude histologique des veines variqueuses montre que l'épaississement de leurs parois est surtout due au développement des fibres qui composent la tunique moyenne, c'est-à-dire des longs faisceaux constituant le tissu conjonctif.

Pour M. *Cornil* (1) les varices seraient dues à une phlébo-sclérose de la tunique moyenne.

Pour Epstein (2) l'altération débiterait toujours par une endophlébite.

Ces modifications apportées dans la circulation veineuse ne tardent pas à créer de véritables lésions de voisinage.

1. Cornil. *Archiv. de phys.* 1872.

2. Epstein. *Archiv. f. path. anat. und phys.* 1887.

Le tissu conjonctif présente une inflammation chronique, et s'indure et offre de nombreuses adhérences avec les vaisseaux variqueux.

Les artérioles peuvent être atteintes de sclérose, les nerfs de névrite interstitielle ; les muscles de dégénérescence granulo-graisseuse.

On comprend aisément que tous ces organes plus ou moins altérés, dont la nutrition est mal assurée, offriront un merveilleux terrain pour la localisation de la moindre infection.

On conçoit aussi que les phlébites variqueuses s'accompagnent presque toujours de périphlébite par suite de l'atération pathologique du tissu conjonctif ambiant et de son adhérence, de sa confusion avec les vaisseaux variqueux.

## ÉVIOLOGIE ET ÉTYMOLOGIE

La phlébite variqueuse, chez les femmes, est  
souvent et généralement accompagnée d'un acci-  
dent ascétique, et qui se dissipe après l'écou-  
100

L'existence de processus inflammatoires est évi-  
dente pas pour un seul individu / la même ma-  
nière des phlébites, que nous avons observées,  
se sont manifestées chez des personnes.

L'âge qui physiologiquement devrait être un fac-  
teur important, l'apparition des varices phlébites  
chez les 5 ou 6 personnes de même, ne paraît  
pas être plus avec une influence particulière.

Deux causes prédisposantes semblent surtout  
favoriser le développement de la phlébite var-  
iqueuse.

L'attention très accrue des parties cellulaires,  
c'est-à-dire comme nous l'avons vu plus haut,  
la présence de varices amovibles au 2<sup>e</sup> degré.

L'état général de la femme, avec une acci-  
dent une décharge organique diminuant la

force de résistance de l'individu et permettant à un agent pathogène de se localiser, de se développer.

C'est ainsi qu'on voit souvent les malades expliquer leur mal par une fatigue, un traumatisme antérieur ; mais toutes ces conditions ne font que créer un terrain favorable à l'infection, pour que la phlébite se montre, la présence d'un agent pathogène au niveau des veines dilatées est nécessaire.

Par quelle voie cet agent va-t-il pénétrer ?

Ainsi que l'ont montré Messieurs Broca, Quénu et Schwartz, ce sera le plus souvent du côté des téguments qu'il faudra chercher. Tantôt la peau sera eczémateuse éraillée, éraflée en certains endroits voisins de la lésion ; tantôt il y aura un ulcère en plus ou moins bon état. Quelquefois on constatera une petite écorchure au pied, lésion qui déterminera une lymphangite du membre inférieur ; mais parfois l'examen le plus attentif du membre atteint ne permet de déceler aucune porte d'entrée de l'agent.

Si on interroge alors avec soin la malade, on pourra presque toujours trouver une infection antérieure : la malade aura présenté les jours précédents soit une atteinte grippale légère, soit un embarras gastrique fébrile, soit une bronchite aiguë, enfin quelques symptômes d'une lésion infectieuse.

De nombreuses observations publiées par

M. Broca dans la *Revue de chirurgie* de 1889 semblent bien prouver le rôle que joue toute affection microbienne dans l'apparition des phlébites variqueuses.

M. le Branchu, dans sa thèse inaugurale en 1893, apporte de nouvelles preuves à l'appui de cette théorie et cite de nombreux cas où les cultures et les inoculations faites donnèrent des résultats positifs. Mais chez les nouvelles accouchées, parfois, on ne trouve aucune lésion des téguments, aucune maladie concomitante ; d'où peut donc provenir cette inflammation variqueuse ?

Nivert, Hervieux (1) n'hésitaient pas et reliaient cette phlébite à l'infection puerpérale, elle serait due à la propagation d'une phlébite des veines utérines ; les nombreuses observations, qu'ils citent, concordent avec cette théorie ; mais comme l'écrivait Siredey (2) quelques années plus tard, il y a des cas où sans doute la phlébite variqueuse relève de la fièvre puerpérale mais il existe des cas beaucoup plus nombreux où le médecin, malgré un examen attentif et journalier, n'a jamais pu constater le moindre trouble, la plus légère infection de l'utérus.

Ce sont ces phlébites surtout que nous voulons étudier, elles diffèrent entièrement des

1. *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales.*

2. Siredey. *Traité des maladies puerpérales.*

premières non seulement par leur symptomatologie, leur marche, leur pronostic, mais aussi par leur origine.

Pour *Siredéy* lorsque l'accouchement a été normal, les suites des couches régulières, l'inflammation des varices serait due à ce que les femmes se sont levées et ont marché prématurément, mais ajoute-t-il : « quelquefois il est impossible d'en déterminer la cause ».

D'autres auteurs ont invoqué l'irrigation mécanique produite par le sang qui stagne dans les veines ou veinules (1).

De nos jours la nature infectieuse des phlébites est généralement reconnue ; et chez ces malades qui ne présentent pour le moment aucune plaie des téguments, chez qui on ne constate aucune autre lésion infectieuse, on peut toujours retrouver une poussée antérieure de phlébite ; l'agent infectieux ayant perdu sa virulence est resté localisé en ce point, ne trahissant sa présence par aucun symptôme, mais qu'une occasion favorable s'offre, que l'organisme affaibli par une cause quelconque se trouve dans des conditions de résistance inférieures, on voit cet agent pathogène se révéler, il s'est multiplié, sa virulence est reparue et tous les symptômes propres aux phlébites éclatent subitement.

A l'appui de cette théorie nous avons les nombreux faits de microbisme latent, cités par

1. Vilon. Thèse de Paris.

M. Verneuil... Tous ces anciens foyers infectieux restent comme éteints, comme morts, et soudain à la suite d'un traumatisme, d'une fatigue, d'une dépression de l'organisme se réveillent et constituent une lésion aiguë.

Nous-mêmes dans les observations citées à la fin de notre travail, nous montrerons des cas absolument semblables, des faits où les phlébites variqueuses se sont montrées sans qu'il y ait eu ni plaie cutanée, ni maladie infectieuse, ni fièvre puerpérale ; on relève seulement, dans les antécédents de la malade, une ancienne inflammation variqueuse qui semblait guérie, mais qui, à la suite des fatigues causées par l'effort de l'accouchement, est apparue de nouveau à l'état aigu.

La femme B..., multipare, domestique âgée de 34 ans, accouche le 14 avril, est prise de douleurs dans la cuisse, le 16 avril.

Aucune lésion cutanée n'est trouvée, la température ne dépasse pas 37°5 le ventre est souple, non douloureux les lochies sont normales.

Ancienne phlébite variqueuse datant des premiers mois de la grossesse, dûe sans doute à une petite écorchure, la malade n'ayant pas été malade autrement.

Observation presque identique chez la femme P..., ménagère, âgée de 23 ans.

Primipare, elle eut aussi durant les premiers mois de sa grossesse, une poussée douloureuse de varices siégeant sur la jambe gauche.

Le 22 avril elle accouche spontanément d'un enfant vivant, et deux jours après, sans qu'on put trouver aucune cause, on constate que les varices siégeant au niveau de la cuisse gauche sont douloureuses, enflammées.

Les suites des couches se passent normalement.

Dans ces deux cas, il nous semble qu'il est difficile de donner comme origine à la phlébite post-puerpérale une autre cause que le réveil d'un ancien foyer, provoqué par les fatigues de l'accouchement.

En résumé, nous voyons que les phlébites variqueuses sont déterminées soit par une plaie des téguments, soit par une maladie infectieuse, soit par le réveil d'un ancien foyer.

Que toutes les conditions qui diminuent la résistance de l'individu sont favorables à son apparition.

En étudiant la pathogénie de la phlébite variqueuse nous avons vu qu'elle reconnaissait l'action d'un agent infectieux ; MM. Cornil, Vidal, Chantemesse, Vaquez ont en effet trouvé des micro-organismes dans l'intérieur du caillot sanguin, mais aussi dans les parois veineuses.

M. Le Branchu, dans sa thèse, cite plusieurs cas où les recherches et les cultures faites par

M. Veillon donnèrent des résultats positifs.

Si les recherches ont été faites à temps c'est-à-dire dès le début de la phlébite, on constatera la présence des microbes ordinaires de la suppuration, staphylocoques ou streptocoques.

Dans la plupart des cas, la phlébite variqueuse est une infection secondaire qui vient se greffer sur la maladie primitive et l'on ne retrouve pas l'agent microbien cause de l'affection initiale.

La recherche des micro-organismes dans la paroi des veines oblitérées et dans le caillot oblitérant est d'ailleurs extrêmement délicat. Deux conditions essentielles sont à observer. Porter ses recherches sur des phlébites récentes et sur des points multiples.

Ces deux conditions malheureusement ne peuvent pas toujours être remplies : ainsi s'expliquent les nombreux cas où des recherches minutieuses et répétées, ne donnèrent aucun résultat positif, ces cas de phlébites variqueuses sans agent infectieux.

## SYMPTOMES ET ÉVOLUTION DES PHLÉBITES VARIQUEUSES

Prendre un type clinique caractérisant la phlébite variqueuse, y condenser en une description habile tous les symptômes, toutes les complications qui peuvent se présenter, rendrait mal, croyons-nous, l'apparence variable que prend souvent cette affection.

Nous décrirons donc plusieurs types cliniques de phlébite, en essayant de montrer par quels signes essentiels elles se rattachent toutes les unes aux autres.

Dans la plupart des cas la phlébite variqueuse, qui survient pendant le cours de la grossesse, ou se montre quelques jours après, ne présente pas un tableau symptomatique bien effrayant.

On ne constate aucune élévation de température, aucun frisson, aucune nausée, l'appétit est généralement conservé, et la malade qui ne ressent ni courbature, ni malaise, laisserait le plus souvent passer cette affection inaperçue si une

douleur d'intensité variable parfois très vive, très aiguë, d'autres fois plus obtuse ne se déclarait soudain au niveau des varices à l'occasion d'un effort, d'un brusque mouvement ou sans cause apparente.

Pour Siredey, cette complication, lorsqu'elle se montre après l'accouchement, serait en quelque sorte annoncée par l'atonie persistante des veines qui tarderaient à reprendre leur volume primitif.

Plusieurs malades atteintes de varices volumineuses que nous avons examinées avec soin pour contrôler ce détail n'ont vu leurs varices diminuer que très lentement et de nombreux jours après l'accouchement sans présenter pourtant aucun symptôme d'inflammation variqueuse.

D'ailleurs dans deux de nos observations la phlébite s'est déclarée dès le lendemain de l'accouchement avant qu'on ait eu le temps de voir si les varices avaient tendance ou non à disparaître ou tout au moins à diminuer de volume.

Dans toutes nos observations lorsque la phlébite variqueuse est seule en cause nous n'avons noté aucun symptôme fébrile, pas de frisson initial, pas d'élévation de la température, qui se maintenait entre 37° et 37°4 l'appétit était conservé, l'état général était resté bon, seule la douleur avait éveillé l'attention de nos malades.

Cette absence d'élévation de la température n'est pas notée par tous les auteurs qui se sont

occupés de la question. Beaucoup même regardaient la fièvre comme un symptôme constant et permettant de faire le diagnostic avec la *Phlegmatia alba dolens* (1).

Mais si nous examinons avec soin les observations qu'ils citent à l'appui de leur théorie, nous trouvons aussitôt, soit comme dans le travail de Nivert et Hervieux, des femmes qui présentent, en outre de leur phlébite, tous les symptômes d'infection puerpérale ; soit, comme dans la thèse de M. Vilon, des malades offrant en même temps des signes très nets de lymphangite, ou de collection purulente localisée au niveau des veines enflammées.

La phlébite variqueuse peut se terminer par la formation d'abcès, mais il existe des cas nombreux où elle ne se traduit que par une inflammation légère et un peu d'empâtement des veines variqueuses, symptômes qui vont disparaître au bout de quelques jours, et dans ce cas il est de règle de ne voir aucun symptôme fébrile.

Suivant les malades, la douleur variait d'intensité.

L'une d'entre elles ressent pendant la nuit une douleur aiguë, lancinante au niveau de la cuisse, cette douleur qu'elle compare à celle causée par un clou la fait souffrir d'une façon

1. Vilon. Thèse de Paris.

constante et l'empêche de dormir ; le lendemain, elle s'en plaint à la visite.

Une autre qui a reposé tranquillement toute la nuit veut se lever, elle s'aperçoit que sa jambe est lourde et douloureuse quand elle la remue. Au repos, elle ne souffre pas.

Chez une troisième on ne s'aperçut qu'elle était atteinte de phlébite variqueuse seulement en faisant sa toilette, la malade ne souffrait nullement, elle éprouvait une gêne très légère lorsqu'elle marchait, gêne qu'elle rapportait d'ailleurs à ses varices.

D'après ces quelques faits on voit donc que l'intensité de la douleur est très variable, tantôt aiguë, lancinante, elle empêche le malade de prendre tout repos, tantôt au contraire, elle se montre si atténuée, si sourde qu'elle constitue plutôt une gêne qu'une douleur.

Devons-nous rapporter ces différences dans les symptômes douloureux à la gravité, à l'étendue de la lésion ? Nous ne le croyons pas, car ces trois cas, dissemblables par la douleur, avaient de nombreux points de ressemblance par l'apparence extérieure de la phlébite, par la marche et la terminaison favorable qui survint rapidement et sans aucune complication.

Nous serions plutôt porté à regarder l'intensité plus ou moins accusée des phénomènes douloureux comme dépendant d'une sensibilité

plus ou moins aiguë et d'un état nerveux plus ou moins développé.

La pression au niveau du paquet variqueux enflammé exagère ou éveille la douleur : les zones qui entourent la lésion ne sont que très peu douloureuses, on peut toujours facilement déterminer un point maximum de souffrance.

Notons ici un symptôme négatif qui présentera au point de vue du diagnostic une grande valeur, c'est l'absence chez toutes nos malades d'impotence fonctionnelle du membre atteint.

Dans quelques cas, la marche, les mouvements sont douloureux, mais toujours exécutables, ce n'est jamais cette immobilité absolue semblable à une paralysie qui frappe presque toujours les membres atteints de *phlegmatia alba dolens*, même lorsque la douleur est légère et qu'il n'existe aucun épanchement articulaire concomitant.

Dans la phlébite variqueuse, les fonctions, les mouvements du membre sont toujours respectés ; tout au plus sont-ils gênés, entravés par la douleur qu'ils provoquent.

Dans la phlegmatia la motilité est abolie, il existe de l'impuissance musculaire, qui serait due, pour Graves (1) « à une impression anormale exercée sur les ramifications ultimes « des nerfs sensitifs. Cette impression transmise

1. Graves. *Leçons de clinique médicale*.

« par les cordons nerveux jusqu'à la moelle épinière retentit par un trajet réfléchi sur les nerfs musculaires du membre.

Peut-être pourrait-on aussi expliquer cette importance par les troubles apportés dans la nutrition des masses musculaires, par la suppression de la circulation en retour dans les grosses veines profondes.

Parmi les veines superficielles du membre inférieur, c'est surtout la saphène interne qui est envahie par le processus variqueux, c'est au niveau sa portion supérieure, près de son aboutissement dans la veine fémorale au moment de sa pénétration dans le canal de Hunter, qu'on trouvera chez les femmes enceintes ces vaisseaux serpentins, bosselés, qui forment de véritables tumeurs variqueuses ; c'est là aussi, comme nous l'avons expliqué plus haut, que se localisera l'infection.

L'aspect extérieur varie suivant les cas. On constate parfois sur la face interne de la cuisse une tuméfaction plus ou moins étendue adhérente à la peau peu mobile sur les plans profonds.

La surface en est bosselée par des cordons sinueux qui s'entrecroisent et se mêlent les uns aux autres.

Cette tumeur variqueuse à une coloration générale tirant sur le rouge foncé ; sur ce fond uniforme se détachent de nombreuses taches

bleuâtres, violettes, qui siègent sur les bosselures des sinuosités.

Le centre de cette tumeur est d'un rouge plus accusé, plus sombre, la peau avoisinante est sillonnée de longues traînées rougeâtres ou violacées, et représente parfois un peu d'œdème, à la palpation, on constate une légère élévation de la température au niveau de la tuméfaction qui donne au doigt qui l'explore une sensation de fermeté mal définie, assez diffuse ; avec un peu de soin et de délicatesse on arrive à sentir, contenus dans les dilatations, des caillots plus ou moins gros, irréguliers et mous, qui les remplissent d'une façon incomplète. Quelques cordons veineux qui aboutissent à ces tumeurs sont indurés sur une grande étendue et semblent oblitérés.

C'est sous cet aspect que se présentera le plus souvent la phlébite variqueuse, chaque fois qu'elle sera localisée sur une tumeur veineuse volumineuse.

Mais dans d'autres cas les saphènes présentent sur une grande partie de leur trajet de petites tumeurs variqueuses.

Celles-ci peuvent s'enflammer successivement et donner naissance à de petits noyaux durs peu douloureux, disséminés en taches rougeâtres sur la face interne de la cuisse, sur la jambe ; la peau garde sa coloration normale ; on peut seulement noter quelques veines variqueuses

bleuâtres, sillonnant les membres inférieurs.

Cette deuxième forme clinique peut être au premier abord confondue avec l'érythème noueux si l'on n'examine pas attentivement la lésion ; mais nous exposerons plus loin quels sont les signes différentiels qui distinguent ces deux affections . . . . .

Nous avons eu la chance à la clinique Tarnier d'observer ces deux types différents, et à la fin de notre thèse on trouvera rapportées les observations qui les décrivent.

Quand la phlébite est étendue, il y a souvent de l'œdème du segment du membre situé au-dessous, œdème malléolaire quand il s'agit d'une phlébite variqueuse de la jambe, par exemple.

Cet œdème s'explique facilement par les troubles apportés dans la circulation veineuse superficielle, par l'oblitération plus ou moins complète de la saphène. . . . .

Pour notre compte nous ne l'avons jamais rencontré chez les malades que nous avons eu à traiter. . . . .

Quelques symptômes négatifs restent encore à indiquer pour compléter l'aspect clinique des phlébites variqueuses. . . . .

La sensibilité reste normale dans toute l'étendue du membre atteint, on ne note ni anesthésie ou hyperesthésie.

Les réflexes rotuliens ne présentent non plus aucune modification dans leur force ; le système

lymphatique est respecté, quand il n'existe pas de plaie cutanée, et on ne trouve pas de ganglions enflammés dans la région inguinale.

Tels sont les différents signes fonctionnels et physiques qui peuvent caractériser les phlébites variqueuses.

Il nous reste maintenant à voir quelle est l'évolution de cette affection, quelles peuvent en être les complications.

Dans la grande majorité des cas, si la malade garde le repos absolu et suit bien le traitement indiqué, on voit les symptômes diminuer rapidement d'intensité, et au bout de quelques jours la malade se trouve guérie. Les symptômes douloureux s'atténuent, et diminuent dès que le membre est immobilisé : la coloration rouge sombre de la tumeur s'affaiblit, devient plus pâle, et en même temps on voit les bosselures variqueuses devenir moins tendues, moins résistantes, moins saillantes et même parfois finir par disparaître.

La veine s'est indurée et se trouve former un cordon dur, imperméable au sang, ou bien la guérison est absolue, les caillots sont résorbés et le sang reprend son cours normal.

Malheureusement toutes les phlébites variqueuses n'offrent pas une évolution, une terminaison aussi favorable. Si la femme présente une déchéance organique trop accusée, par suite de privations continues, de fatigues excessives, d'un

traumatisme violent, on voit se former de petits abcès phlébitiques ou même des foyers purulents considérables.

Ces abcès peuvent se trouver localisés aux tissus altérés qui entourent les veines et font corps avec elles, ou bien au contraire naître de foyers veineux purulents.

Mais que l'abcès soit indépendant ou qu'il communique avec le paquet variqueux avoisinant, il est extrêmement rare de voir survenir des accidents graves ; la pyohémie ne reconnaît presque jamais cette origine.

L'explication de ces faits se trouve entièrement dans la structure des tumeurs variqueuses ; par suite de l'épaississement inflammatoire concomitant, par suite des brides fibreuses qui enserrant et étranglent les cordons veineux, ces abcès se limitent rapidement et on se trouve en présence d' « abcès phlébitiques circonscrits », comme les appelle Chassaignac.

L'abcès quoique veineux ne se trouve donc pas en communication avec le courant sanguin, et il demeure lésion localisée, sans aucune tendance à se généraliser.

La formation du pus s'annonce par une recrudescence de la douleur qui devient très aiguë et continue ; le paquet variqueux ne tarde pas à prendre une teinte plus sombre ; il est plus tendu et la plus légère pression à niveau est extrêmement pénible ; en même temps, la tempéra-

ture s'élève, la langue se dessèche, l'appétit disparaît, mais ces symptômes ne durent que peu de temps : dès que le pus est évacué, la température tombe et tous les symptômes fébriles disparaissent.

L'abcès peut s'ouvrir spontanément, mais le plus souvent on n'attend pas jusqu'à ce moment ; une incision pratiquée au siège de l'inflammation donne issue à du pus mêlé de sang et contenant quelques caillots noirâtres.

L'abcès se vide et peu à peu finit par guérir entièrement.

Dans ces formes, il arrive parfois que la peau, à ce niveau, profondément altérée par le processus variqueux, se sphacèle par place et donne lieu à des ulcères très étendus et très rebelles à tous les traitements.

Lorsque chez les nouvelles accouchées la phlébite variqueuse est suivie de pyohémie, on trouve toujours les signes d'une infection utérine, et c'est à celle-ci que sont dus tous les symptômes graves, toutes les complications redoutables qui finissent par emporter la malade.

Nous ne nous occuperons donc pas ici de cette forme particulière de phlébite qui doit être rattachée à la fièvre puerpérale, dont elle n'est qu'une manifestation localisée.

Mais en dehors de l'infection purulente, il existe une complication redoutable que craignaient toujours les anciens chirurgiens ou

accoucheurs, c'est de l'embolie que nous voulons parler.

Au niveau de la veine enflammée, il se forme rapidement un thrombus qui, par suite d'un mouvement de la femme, d'un examen trop brutal du médecin, pourra se détacher et déterminer des embolies cardiaques ou pulmonaires mortelles pour la malade.

Peu d'observations caractéristiques de cet accident ont été publiées. M. le Professeur *Budin*, dans sa thèse d'agrégation, dit n'avoir rencontré qu'un cas d'embolie à la suite de phlébite variqueuse, et nous pouvons remarquer que dans cette circonstance, il s'agissait d'une phlébite variqueuse de la poplitée, c'est-à-dire d'une phlébite d'une grosse veine profonde; que les lésions veineuses diffèrent beaucoup de celles que nous avons constatées dans les paquets variqueux formés par les saphènes.

Comme nous l'avons déjà répété à plusieurs reprises, la phlébite variqueuse se localise surtout sur des varices arrivées au troisième degré, c'est-à-dire sur des veines présentant des dilatations ampullaires suivies de rétrécissements, sur des veines dont la structure est modifiée dans leur trajet par des épaisissements de leurs parois qui diminuent ou augmentent leur calibre d'une façon irrégulière.

Le thrombus se constitue là où la tunique interne de la veine est le plus altérée, à l'endroit

où le sang stagne le plus facilement, c'est-à-dire au niveau des dilatations variqueuses de forme ampullaire ; mais à celles-ci fait suite un rétrécissement, parfois si considérable que le sang ne passe que difficilement du paquet variqueux dans la veine qui lui fait suite ; comment peut-on admettre qu'un caillot sanguin de consistance dense pourra s'engager et circuler dans un canal beaucoup plus étroit que le volume qu'il présente.

Si nous examinons les caillots contenus dans les veines variqueuses, voici d'après M. le professeur *Budin*, l'aspect qu'ils présentent (1) :

« Ils n'ont pas le même volume sur toute leur  
« longueur, et, en effet, ils sont plus élargis  
« dans les points où siège une varice, et où,  
« par conséquent, le calibre de la veine est lui-  
« même beaucoup plus grand, ils sont plus  
« étroits dans les portions intermédiaires. »

On voit d'après cette description que le caillot, par sa forme irrégulière, qui s'adapte, se moule aux différents segments des canaux veineux, mettra un obstacle presque invincible au danger de l'embolie.

Même si le caillot se détache des parois veineuses où il a pris naissance, et ne progresse pas, il se trouve prisonnier dans la dilatation variqueuse.

1. Budin. Thèse d'agrégation, 1880.

Seuls, de petits fragments du thrombus pourront se détacher et créer non une embolie mortelle, mais des phénomènes assez légers de congestion pulmonaire.

Cette complication d'ailleurs ne présentera aucun danger pour la vie de la malade ; et, au bout de quelques jours, on verra les symptômes s'amender et disparaître, n'ayant occasionné qu'une légère gêne respiratoire, accompagnée de toux et de quelques crachats sanglants.

Nous croyons donc que la grosse embolie, l'embolie qui détermine la mort en quelques heures, comme dans les cas déterminés par la *phlegmatia alba dolens* ; est une complication extrêmement rare de la phlébite variqueuse, et si par hasard quelques faits s'en rencontraient, on devra toujours se demander, si sous cette phlébite variqueuse ne se dissimulait pas une *phlegmatia* latente (1) des grosses veines profondes.

Si nous résumons en quelques mots l'ensemble clinique qu'affecte la phlébite variqueuse chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées, nous voyons qu'elle présente les signes et l'évolution d'une inflammation localisée ; que son pronostic est le plus souvent bénin, et qu'il est très rare de voir survenir des accidents graves mettant en péril la vie des malades.

1. De Brun, thèse de Paris, 1884.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la phlébite variqueuse est le plus souvent facile.

L'existence antérieure de varices volumineuses, la douleur localisée à ce niveau, la rougeur, l'empâtement de la région : tous ces signes permettront souvent au médecin de se prononcer rapidement ; mais certaines formes moins bien caractérisées dont les symptômes sont simplement ébauchés pourraient, au premier abord, faire croire à une autre affection.

La *phlegmatia alba dolens* a été souvent confondue avec la phlébite variqueuse : de nombreux signes différentient pourtant les deux affections.

La phlegmatia, phlébite des grosses veines profondes, reconnaît une origine puerpérale, ainsi que l'ont montré les travaux de MM. Vidal et Vaquez (1) ; elle survient toujours à la suite de couches qui n'ont pas été absolument normales, elle est toujours précédée ou accompagnée d'une

1. Vidal : *Infection puerpérale*.

légère élévation de température, d'une période fébrile.

La phlébite variqueuse se montre chez des femmes qui n'ont souvent présenté aucune complication à la suite de leur accouchement, ne reconnaît presque jamais une origine puerpérale et ne provoque que très rarement la fièvre.

La phlegmatia, débute par une impotence fonctionnelle absolue du membre, la malade est incapable de soulever légèrement le talon au-dessus du lit ; nous avons vu que la phlébite variqueuse avait été trouvée à la suite de la douleur provoquée par un mouvement volontaire de la malade, mais dans aucune de nos observations nous n'avons noté cette paralysie fonctionnelle.

L'œdème blanc douloureux, non dépressible qui accompagne la phlegmatia et envahit toute la jambe ne se remarque pas dans la phlébite variqueuse ; quand celle-ci est étendue on constate parfois au niveau du pied et des malléoles un œdème mou et dépressible non douloureux, et en même temps on voit au niveau du paquet variqueux enflammé une rougeur diffuse parsemée de taches livides.

L'embolie est une complication extrêmement grave, toujours à craindre dans la phlegmatia ; nous avons noté que dans la phlébite variqueuse l'embolie ne pouvait exister.

A la suite de la phlegmatia (1), se montre parfois de l'atrophie musculaire des paralysies consécutives ; accidents qu'on n'observe pas dans la phlébite. Ainsi qu'on le voit, le tableau clinique, caractérisant ces deux affections, diffère complètement, et le diagnostic en sera facile, mais on devra toujours se méfier des formes frustes de phlegmatia évoluant en même temps qu'une phlébite variqueuse.

La coloration rouge de la peau, son empatement, la douleur provoquée à ce niveau par une pression légère, pourrait au premier abord faire croire qu'on a affaire à une lymphangite : l'absence d'élévation de la température ; les ganglions lymphatiques de la région crurale qui ne sont ni augmentés de volume, ni douloureux, la présence de paquets variqueux volumineux, qui sont tendus et très douloureux ; la sensation de caillots sanguins renfermés dans les bosselures variqueuses, les cordons durs sinueux qui représentent des veines oblitérées, permettent de rapporter à leur véritable cause, les modifications observées du côté des téguments.

L'érythème noueux est le plus souvent constitué par de petits nodules infiltrés dans le derme dont la grosseur varie entre celle d'un pois et d'une noisette ; à jour frisant, on voit qu'ils font saillie au-dessus de la peau, leur couleur

1. Verneuil, *loc. cit.*

est d'un rouge sombre ; la pression détermine une douleur assez vive.

Cette éruption est localisée le plus souvent sur les jambes au devant des tibias.

Cet aspect clinique rappelle, en beaucoup de points, la description que nous avons donné de la phlébite variqueuse ; quand celle-ci se trouve siéger sur le trajet de petites nodosités que présentent les saphènes devenues sinueuses et serpentineuses, mais si l'aspect des deux lésions est presque identique sauf quelques petites différences, consistant en l'absence de sinuosités *variqueuses et de taches bleuâtres* au niveau de leurs bosselures, les symptômes généraux qui accompagnent l'érythème noueux sont autrement graves.

Les jours qui précèdent, les malades sans appétit se plaignent de courbatures, de maux de tête violents, parfois, on signale des vomissements abondants ; le jour de l'éruption, la température atteint 39°, 40°, des phénomènes cérébraux graves peuvent se montrer.

Nous ne parlerons pas des complications viscérales qui viennent encore assombrir le pronostic.

Cet ensemble clinique ne se rapproche plus guère de l'évolution si atténuée, si bénigne des phlébites variqueuses, dont nous avons donné la description, et ne permet pas de confondre ces deux affections.

Avant de terminer ce chapitre, il nous reste à faire le diagnostic différentiel entre une complication assez fréquente de la phlébite variqueuse, nous voulons parler de l'ulcère phlébique du professeur Fournier qui se confond facilement avec les ulcères syphilitiques ; mais l'examen attentif des deux lésions, l'histoire antérieure de la malade qui se souvient d'avoir souffert d'une poussée douloureuse de phlébite permet le plus souvent d'éviter la confusion (1).

Si par hasard, le diagnostic ne pouvait s'assurer comme certain par le seul examen de l'ulcère, la marche de la grossesse, sa terminaison avant le terme, l'état général de l'enfant, permettra de rejeter ou d'affirmer la syphilis.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'un cas de phlébite variqueuse chez une femme enceinte ou nouvellement accouchée, on devra toujours penser que certaines affections peuvent la simuler, et il faudra étudier avec soin les symptômes, l'évolution de la maladie avant de poser un diagnostic absolu.

1. Cormieu. Thèse de Paris.

## TRAITEMENT

Durant une longue période, la crainte d'accidents septiques ou pulmonaires, fut telle que le système veineux était considéré comme un véritable « *noli me tangere* » (Thèse de Paris 1898 ; Robineau).

Et ceci non point seulement au point de vue d'une intervention opératoire possible mais même par les médecins, et l'on se contentait de regarder évoluer les phlébites.

De nos jours même que conseillent les auteurs les plus autorisés : nous sommes déjà loin de la saignée uniformément appliquée à tous le maux par les anciens, ou des purgatifs libéralement distribués, alors qu'il s'agit d'un accident local.

Mais les auteurs récents, Cettinger (*Traité de médecine*) Vaquet (clinique de Potain) ne nous enseignent qu'une thérapeutique protectrice et symptomatique : immobiliser le membre atteint, élever le membre légèrement au-dessus du plan du lit pour favoriser autant que possible la circulation en retour, entretenir une douce

chaleur au moyen d'enveloppement de ouate, et ainsi amener une sudation marquée des phénomènes de tension.

Pour les grandes douleurs, elles seront calmées par l'application de pommades, de linaments calmants belladonés, faites par le médecin lui-même (*Vaquez, Cliniques de la Charité*).

C'est donc l'expectation armée que recommandent les médecins ; et dans cette conduite, nous voyons surtout la préoccupation et l'inquiétude que cause l'apparition possible et toujours imprévue des accidents pulmonaires.

De nos jours, la chirurgie s'est affranchie de ces craintes en partie du moins, et chaque jour davantage, les opérateurs étendent le domaine de la chirurgie veineuse.

Pour tout ce qui a rapport au traitement chirurgical des phlébites, historique et procédés opératoires, nous ne saurions mieux faire que de nous reporter à la thèse de M. Robineau qui en a fait une analyse très étudiée.

Le but proposé étant toujours d'isoler de la circulation générale les segments veineux enflammés ou suppurés Hunter dès 1773. proposait la compression au-dessus de la phlébite.

Allant plus loin, Breschet en 1818, proposait la ligature ; Sedillot le premier pratiqua d'une façon systématique la section des veines au delà du foyer de suppuration (1849).

Mais de nos jours seulement, la chirurgie

opératoire des veines a pu faire de grands progrès, et pour ce qui nous occupe particulièrement, Quénu et Schwartz ont obtenu nombre de résultats heureux dans la phlébite variqueuse.

Aujourd'hui, si nous examinons les conclusions de la thèse de M. Robineau, nous voyons que le traitement chirurgical comprend deux temps principaux :

A. — « La ligature des veines efférentes, au moins de la principale, conduite inoffensive précieuse pour barrer la route vers le cœur aux embolies volumineuses ou septiques. »

Il convient de lui associer la résection du segment veineux intercepté.

B. — « La désinfection des veines enflammées. L'ablation totale, à la manière de tumeurs, convient aux varices des membres. »

Cette conduite est en partie justifiée par la possibilité d'accidents graves et souvent mortels, disent les chirurgiens, et les contre-indications tirées de l'âge ou de l'état général disparaissant devant des complications sérieuses.

Ces conclusions nous permettent d'éliminer dans la majorité des cas le traitement chirurgical dans les cas de phlébite variqueuse des membres chez les femmes puerpérales, en dehors des accidents de suppuration localisée, de phlegmon phlébitique, dont l'évacuation

simple, par incision et nettoyage de la poche, est de pratique courante et légitime.

Et nous reviendrons dans la plupart des cas à la pratique médicale, à l'abstention ou plutôt à l'expectation armée, non plus parce que nous redoutons l'apparition d'accidents : nous en avons montré longuement la rareté et la minime gravité ; mais parce que nous considérons dans la majorité des cas la phlébite variqueuse chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées comme un accident peu redoutable et non susceptible d'entacher l'intégrité de l'état général, étant donnée la structure des veines variqueuses atteintes de phlébites.

Mais en dehors de l'état inflammatoire, lorsqu'une femme enceinte présente de nombreuses varices, celles-ci, par les douleurs qu'elles déterminent dans les membres inférieurs, sont une cause d'affaiblissement pour la malade forcée de garder le repos : ces varices, leur rupture brusque, inattendue, peuvent déterminer une hémorrhagie redoutable ou donner lieu à la formation d'abcès et même de phlébite.

Dans ces cas, peut-on pour prévenir toutes complications, intervenir chirurgicalement sans danger pour la mère ou l'enfant ?

A la fin de notre thèse nous citons deux observations de femmes enceintes qui furent opérées de leurs varices vers le 5<sup>e</sup> mois de leur grossesse à l'hôpital Cochin.

Ces deux femmes accouchèrent normalement quelques mois plus tard à la Maternité d'enfants vivants et bien portants.

Ces cas prouvent que chez les femmes enceintes une intervention sanglante n'est pas toujours contre indiquée. Pour conclure, nous croyons que le traitement médical est légitime et suffisant dans les cas bénins.

Dans les cas d'abcès phlébitiques, il sera nécessaire d'inciser et de nettoyer le foyer purulent. Chez certaines femmes atteintes de varices volumineuses, une intervention chirurgicale pourra se trouver indiquée pendant la grossesse.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION 1 (personnelle).

La femme B..., âgée de 39 ans, entre à la Clinique Tarnier le 8 mars 1898.

*Antécédents personnels.* — Fièvre typhoïde à 13 ans, bronchite à 18 ans.

La malade a eu 11 grossesses successives. Depuis la troisième grossesse elle a vu se développer sur les membres inférieurs des paquets variqueux, d'abord peu saillants et peu douloureux.

Pendant les grossesses qui suivirent, les varices augmentèrent considérablement de volume, et au cours de de la grossesse actuelle donnèrent lieu à des phénomènes douloureux tellement intenses que la malade se vit forcée de garder le lit.

Au moment de son entrée à la clinique, elle présente aux membres inférieurs, et surtout à la face antéro-interne de la cuisse droite, des veines dilatées, saillantes, sinueuses, formant par endroits de véritables tumeurs molasses et dépressibles.

Le 13 mars, accouchement normal.

Le 15 mars, deux jours après l'accouchement, la malade en remuant dans son lit s'aperçoit que sa jambe droite est plus lourde, et que les mouvements en sont douloureux.

La température prise à ce moment est normale (37°2), le ventre est souple et la palpation n'éveille aucune souffrance.

Les lochies ne présentent aucune odeur anormale, et ne contiennent aucun débris.

*A l'examen*, on constate que la partie moyenne de la face antéro-interne de la cuisse droite est le siège d'une tuméfaction très saillante ; elle est large de 4 à 5 centimètres, la surface en est bosselée par de longs cordons sinueux ; elle présente une teinte rouge uniforme, parsemée de taches bleuâtres qui siègent au niveau des bosselures variqueuses. La rougeur est plus accusée et livide au centre de la tumeur.

La palpation dénonce une légère élévation de la température au niveau de cette tumeur qui est très douloureuse et donne au doigt qui l'explore une sensation de fermeté mal définie, très diffuse.

La tumeur est entourée d'une zone œdématiée qui s'étend à quelques centimètres de son pourtour.

*Diagnostic.* — Phlébite et péri-phlébite variqueuse.

*Traitement.* — Enveloppements humides, repos absolu, le membre immobilisé dans une gouttière.

Le 22 mars, la malade quitte le service, malgré avis médical.

La douleur a disparu, les téguments ont repris leur teinte normale, les paquets variqueux sont moins prononcés.

## OBSERVATION II (personnelle)

Femme B..., 34 ans, domestique.

Entrée le 14 avril 1898 à la Clinique.

Pas d'antécédents héréditaires.

*Antécédents personnels* : Aucune maladie dans son enfance.

Fièvre typhoïde à 20 ans. A 30 ans, deux érysipèles successifs.

Quatre grossesses antérieures normales : enfants encore vivants.

*Etat actuel* : Grossesse arrivée au 9<sup>e</sup> mois. — Rien d'anormal à signaler, sauf quelques vomissements pendant les premiers mois ; et vers le 4<sup>e</sup> mois des douleurs assez vives au niveau des varices, siégeant sur la cuisse droite ; la malade fut forcée de s'aliter quelques semaines.

Accouchement le 14 avril 1898 : il fut normal, l'enfant pesait 4.050 gr.

Le 15 avril, la malade se plaint de ressentir au niveau de la cuisse des douleurs violentes continues qui ont troublé son repos toute la nuit.

*A l'examen* on constate sur la face antéro-interne de la cuisse, une tuméfaction pâteuse, peu saillante, présentant une surface de trois centimètres de diamètre ; elle est rougeâtre et douloureuse à la pression.

Le 16, la tuméfaction existe toujours, et le long du trajet descendant de la saphène interne, on trouve six nodosités nouvelles, du volume d'un gros pois, de couleur rougeâtre et très douloureuses.

A la face interne de la jambe droite siègent de nombreuses veines variqueuses, sinueuses et bleuâtres.

La température de la malade est toujours restée normale, ne dépassant pas 37°,5. Le ventre est souple, non douloureux à la palpation, on ne constate aucun écoulement fétide par la vulve.

*Diagnostic* : Phlébite variqueuse.

*Traitement* : Enveloppements humides de la région atteinte, repos absolu du membre qui est immobilisé dans une gouttière.

Les symptômes ne tardent pas à s'amender et dix jours après, lorsque la malade quitte l'hôpital, la jambe n'est plus douloureuse, les sinuosités et les bosselures variqueuses sont beaucoup moins apparentes.

OBSERVATION III (personnelle)

Femme C..., âgée de 29 ans, ménagère.

Entre le 15 avril 1898 à la clinique Tarnier.

Bien portante pendant toute son enfance, elle n'a eu que la rougeole.

A eu ses premières règles à 15 ans d'une façon régulière et non douloureuse.

*Première grossesse.* — Pendant les premiers mois, la malade a présenté des vomissements fréquents, une constipation opiniâtre et à la même époque se sont développées des varices volumineuses aux membres inférieurs.

Au deuxième mois de sa grossesse la malade aurait été atteinte d'un embarras gastrique fébrile assez intense pour nécessiter le repos au lit; à la suite de celui-ci elle aurait ressenti de vives douleurs au niveau des varices de la jambe gauche, qui se montrèrent saillantes et tuméfiées durant quelques semaines.

La grossesse ensuite a suivi un cours normal jusqu'au jour de l'accouchement qui eut lieu le 22 avril.

L'enfant pesait 4.000 grammes.

Le 23 avril, on s'aperçoit que les paquets variqueux de la cuisse gauche sont plus volumineux que la veille, ils sont entourés d'une zone œdématiée d'une rougeur diffuse; la palpation cause une douleur assez vive.

On sent que les cordons veineux sont indurés.

La malade n'est aucunement gênée par cette lésion, et les mouvements de la jambe ne sont pas douloureux.

La température se maintient aux environs de 37°. Aucun symptôme n'autorise à songer à quelque complication des voies génitales.

*Diagnostic.* — Phlébite et périphlébite variqueuse.

*Traitement.* — Enveloppements humides du membre, la malade est mise au repos la jambe immobilisée dans une gouttière.

La malade sort du service au neuvième jour ne présentant plus aucun symptôme d'inflammation.

La marche est facile et non douloureuse.

#### OBSERVATION IV (Maternité).

Phlébite opérée pendant la grossesse.

Seçondipare, n° 894.

Cette malade est entrée le 6 mars à la Maternité, venant de l'hôpital Cochin où elle a été opérée d'une phlébite de la saphène interne de la jambe droite, dans le service de M. Quénu.

L'observation chirurgicale en a été publiée *in extenso* par M. Robineau dans sa thèse.

Le 26 avril. — La malade accouche spontanément et à terme d'un enfant vivant et bien portant.

Les suites de couches ont été normales.

Pas de récurrences de varices.

Pas de récurrences de phlébite

La malade sort de la Maternité ne présentant rien de particulier à noter.

#### OBSERVATION V (Maternité).

N° 2.350, femme multipare, 31 ans, ménagère.

Rien de particulier à signaler dans les grossesses antérieures.

Grossesse actuelle :

Dernières règles du 20 au 24 février.

Dès le début de la grossesse apparition de varices aux membres inférieurs. Elles s'accroissent au huitième mois, surtout à la jambe gauche, où elles s'accompagnent d'œdème avec rougeur et douleur localisée.

Le 15 novembre au matin, la femme vint à la consultation de M. Boissard qui porte le diagnostic de phlébite et péri-phlébite.

*Traitement.* — Repos absolu, immobilisation du membre, enveloppements humides.

La température oscille entre 36° et 37°,7 ; aucun symptôme généraux n'accompagne cette lésion.

Le 2 décembre. — La malade accouche spontanément d'un enfant vivant du poids de 3.400 grammes.

Les suites de couches ne tardent pas à se montrer : le 11 décembre la température monte à 39°4 et sur le membre inférieur gauche au niveau des paquets variqueux, on constate une rougeur diffuse et une zone localisée d'empâtement.

La malade se plaint d'une douleur extrêmement vive à ce niveau.

En même temps se montraient des symptômes généraux, frisson de la malade qui est accablée et sans appétit.

Le pouls est rapide, le ventre tendu et douloureux, la malade a des lochies fétides et expulse des débris de membranes.

On enveloppe d'ouate et immobilise, la jambe malade.

De grandes injections antiseptiques intra-utérines sont faites matin et soir.

Le 28 décembre la température redevient normale, tous les symptômes généraux se sont calmés, ont disparu.

L'inflammation douloureuse de la jambe gauche n'existe plus.

Quelques semaines plus tard la malade quitte guérie, la Maternité.

OBSERVATION VI (Maternité).

N° 1109, secondipare âgée de 28 ans cuisinière.

N'a jamais présenté de maladies graves la forçant à rester au lit.

Première grossesse normale, accouchement spontané à terme, enfant vivant.

*Grossesse actuelle.* — Varices dès les premiers mois, apparition d'une phlébite douloureuse de la jambe droite le 5 avril 1897.

Soignée pendant deux mois dans un service médical. la malade en sort paraissant entièrement guérie.

Elle accouche le 26 mai spontanément d'un enfant à terme et vivant. Les suites de couches furent normales. On ne note pas de récurrence de la jambe gauche.

Quant la malade quitte la Maternité, elle ne présente rien de particulier à noter.

OBSERVATION VIII (Charité).

Femme M... âgée de 30 ans, domestique.

Entre dans le service le 12 avril 1891.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

*Antécédents personnels.* — La malade a toujours joui d'une bonne santé, elle a été réglée à 17 ans d'une façon régulière.

2 grossesses antérieures qui se sont terminées spontanément et à terme.

*Grossesse actuelle.* — Depuis le commencement du mois d'avril dernier elle a fréquemment des douleurs lombaires, des nausées et des vomissements se sont produits en septembre dernier.

Le 12 avril. — Elle vient à la consultation de M. Budin. Elle se plaint de douleurs de reins violentes, et présente des varices au membre inférieur droit; celles-ci volumineuses sont tendues, tuméfiées et douloureuses, la peau était rouge, il existe de l'œdème malléolaire.

Le diagnostic de phlébite et de périphébite est porté.

Traitement, repos absolu au lit.

Le 18 avril. — Les varices ont complètement disparu, mais l'œdème persiste un peu.

Le 23 mai. — Chez cette femme qui présente un bassin rétréci on provoque l'accouchement et, le 27 mai, elle accouche d'un enfant vivant pesant 2.928.

Aucune suite de couches anormales.

Pas de varices.

Pas de phlébite.

### OBSERVATION IX

Due à M. Bluysen, interne des hôpitaux.

La femme D..., primipare âgée de 26 ans couturière, ayant présenté trois jours après son accouchement de la rougeur et de la douleur au niveau d'un paquet variqueux siégeant sur la face antéro-interne de la cuisse gauche ; la malade quoique mise au repos absolu, fut prise 15 jours après, subitement, de troubles respiratoires assez accusés.

On constatait des râles à la base du poumon droit, l'expectoration était sanguinolente ; une dyspnée assez violente faisait beaucoup souffrir la malade.

Des ventouses scarifiées furent posées à la base du poumon droit.

Ballons d'oxygène.

Piqure de morphine.

Les phénomènes ne tardèrent pas à s'amender, et la malade fut bientôt guérie complètement.

Le diagnostic porté fut embolie légère ayant causé un infarctus pulmonaire.

### OBSERVATION X (personnelle).

La femme W..., multipare âgée de 28 ans ménagère.

Rien à noter dans les antécédents elle ne présenta

aucune maladie sérieuse et fut réglée à 14 ans d'une façon régulière et non douloureuse, cinq grossesses antérieures, l'accouchement fut toujours spontané et à terme, les enfants sont vivants.

Depuis la première grossesse la malade a présenté de nombreuses varices sur les jambes, celles-ci peu volumineuses et peu douloureuses, disparaissaient vers le huitième mois de la grossesse.

*Grossesse actuelle.* — Rien de particulier à noter, les varices furent cette fois beaucoup plus nombreuses et plus saillantes, à diverses reprises elle eût des poussées douloureuses des veines variqueuses, celles-ci, à ce que raconte la malade, devenaient plus tendues et la peau prenait une teinte rouge sombre.

C'est surtout vers le huitième mois qu'à diverses reprises elle présenta plusieurs attaques de phlébite et de péri-phlébite.

Le 20 juin 1898 à 9 heures du soir elle accoucha d'un enfant vivant pesant 3.560 grammes.

La délivrance fut normale. La température était de 37°,7.

Les jours suivants rien à noter de particulier, le ventre était souple non douloureux, l'utérus bien revenu sur lui-même, était ferme les lochies n'avaient aucune odeur et ne renfermaient aucun débris.

La température se maintenait entre 37° et 37°,4.

Le quatrième jour la malade se plaignit à la visite de douleurs aiguës dans les jambes surtout au niveau de la jambe gauche.

L'état général était bon la température normale.

*Examen.* — Les membres inférieurs sont sillonnés de veines sinueuses et serpentineuses présentant quelques nodosités rougeâtres, à peine saillantes et douloureuses au toucher.

Elles sont disséminées surtout dans le trajet de la saphène interne depuis les malléoles tibiales jusqu'à la rotule.

*Diagnostic.* — Phlébite et périphlébite.

*Traitement.* — Pansements humides, repos absolu de la malade, immobilité des membres inférieurs.

Au bout de quelques jours toute trace d'inflammation avait disparu.

#### OBSERVATION XI (Maternité).

La femme, numéro 766, multipare, âgée de 28 ans, domestique.

Son père et sa mère sont tous les deux morts de la poitrine.

*Antécédents personnels.* — N'a jamais été malade sérieusement.

Enceinte pour la première fois à l'âge de 20 ans, elle eut une grossesse normale et accoucha à terme spontanément d'un enfant vivant et bien constitué.

*Grossesse actuelle.* — Durant les premiers mois elle n'a présenté aucun trouble important à noter.

On remarque sur le membre inférieur gauche de nombreuses varices serpentines sinueuses et formant par place de petites tumeurs variqueuses.

Au niveau de la face antérieure de la jambe il existe les traces d'un ulcère variqueux qui semble complètement guéri.

L'apparition des varices date de la première grossesse ; pour l'ulcère variqueux il serait apparu trois ans après, la malade dit avoir été traitée pour cette plaie pendant plus d'une année.

Elle accoucha le 8 avril. Sommet spontané.

L'enfant est vivant et bien portant.

Le 14 avril la température monte à 38°4, la malade se plaint de vives douleurs au niveau de la jambe.

Celle-ci, en effet, présente une tuméfaction bosselée d'une couleur rougeâtre, d'une consistance pâteuse, l'exploration la plus légère fait beaucoup souffrir la malade.

On fait des enveloppements humides et on immobilise la jambe malade.

En même temps on s'aperçoit que le ventre de la malade est sensible ; les lochies abondantes ont une odeur fétide et sont purulentes.

Des injections antiseptiques intra-utérines sont faites matin et soir.

Le 27 avril la température est descendue à 37°2 et les lochies sont redevenues normales.

Les douleurs au niveau des varices se sont calmées,

la rougeur est moins vive, la tuméfaction moins prononcée.

Au bout de quelques semaines toute trace d'inflammation avait disparu.

### OBSERVATION XII (Maternité).

La nommée, 1168. Secondipare, 34 ans, ménagère, vient de chez elle.

*Antécédents héréditaires.* — Nuls.

*Antécédents personnels.* — A marché à 9 mois, mais elle a cessé de marcher pendant 18 mois parce qu'elle avait des convulsions. Elle eut la diphtérie à 8 ans, la rougeole et la coqueluche à 10 ans. Elle reçut un coup au sein gauche à la suite duquel le mamelon s'atrophia. Premières règles à 18 ans, régulières durant quatre jours.

*Première grossesse à 31 ans.* — Spontanément terminée à terme par la naissance d'un garçon vivant élevé au biberon bien portant actuellement.

*Pendant le travail* la parturiente dit avoir eu une hémorrhagie grave laissée par l'inertie utérine. Ses suites de couches furent pathologiques, elle dut rester deux mois au lit.

*Deuxième grossesse actuelle.* — Dernières règles du 4 au 8 septembre 1897, ce qui la fait à terme. Au début de sa gestation la parturiente eut des nausées et des douleurs lombaires. Dans les deux derniers mois elle eut des varices, de l'œdème et souffrit beaucoup des jambes (phlébite).

Le 10 mai. — Elle vient à la Maternité pour consulter. Tout allant bien elle repart chez elle.

Le 2 juin. — Elle ressent des douleurs, à 2 heures du soir, elle se rend de nouveau à l'hôpital à 4 heures, reconnue en travail elle est reçue.

Le soir à 8 heures, la femme accouche d'un garçon à terme.

*Suites de couches.* — Trois jours après son accouchement, le 5 juin, l'accouchée souffre de la jambe gauche. A la partie supérieure du mollet, remontant au creux poplité on constate de l'œdème et de la rougeur. La malade éprouve de la pesanteur de cette jambe et une douleur comparable à une crampe. A ce niveau le membre est brûlant. A la visite du matin on enveloppe la jambe dans un pansement humide qui est renouvelé 2 fois par jour. Temp. matin 36,9. Temp. soir 37,2. Pouls 80. Jambe plus fatiguée que le matin, un peu plus œdématiée, le membre est élevé par un coussin.

6 juin. — Matin. Temp. 37,2. Pouls 112. Jambe dans le même état que le 5, mais ne faisant plus souffrir l'accouchée. Soir 37,7. Pouls 112. Un verre d'eau de

seldlitz est donné à l'accouchée qui n'a pas été suffisamment à la garde-robe. Même traitement.

7 juin. — Matin, 37. Pouls 96. Jambe dans le même état. Soir 37°. Pouls 100, au-dessus du genou, à la partie antéro-inférieure de la cuisse, on constate une rougeur d'environ 6 cm. douloureuse à la pression, on continue toujours le traitement, la malade ne ressent plus de douleurs.

8 juin. — Matin, 37. Pouls 88. Soir 37,2. Pouls 96. Rien de spécial.

9 juin. — Matin, 36,9. Pouls 96 (lavement). Soir à 4 heures 37,2. Pouls 100, jambe allant de mieux en mieux. A 8 heures la malade éprouve un frisson. Temp. 37,5, elle se plaint du sein droit, l'autre ayant été comprimé et l'allaitement supprimé.

10 juin. — Rien du côté de la jambe, que l'accouchée lève très facilement. Temp. 38. Pouls 100. Soir. Pouls 100, 37,5.

Le sein est rouge à la partie externe, un des lobules est dur.

Le 11 juin. — Le membre est presque guéri, il ne présente qu'un léger œdème au niveau de l'endroit où il était atteint. Temp. 37,2. Pouls 52. Soir 37,1. Pouls 96. Le sein ne présente plus rien et le 12 juin l'accouchée se sentant tout à fait bien, demande à partir chez elle. Temp. 36,9. Pouls 96. Son état est bon.

## CONCLUSIONS

1° La phlébite variqueuse s'observe surtout chez les femmes, enceintes ou nouvellement accouchées, atteintes de varices au troisième degré.

2° Pendant la grossesse, la phlébite reconnaît pour origine une plaie des téguments ou une lésion infectieuse soit concomitante, soit antérieure.

3° Les phlébites qui viennent après l'accouchement peuvent être dues à l'infection puerpérale, mais le plus souvent elles ne sont que le réveil d'une ancienne lésion infectieuse.

4° Les phlébites non puerpérales ne s'accompagnent pas de symptômes généraux.

Elles se terminent au bout de quelques jours sans laisser de traces, ou par la formation d'un abcès.

5° La pyohémie et l'embolie sont des complications très rares.

6° La phlegmatia se distingue de la phlébite variqueuse par son origine, ses signes fonctionnels et ses complications.

7° L'érythème noueux, la lymphangite superficielle peuvent être confondus avec la phlébite variqueuse; l'ulcère phlébitique avec l'ulcère syphilitique.

8° Le traitement sera purement médical dans les formes bénignes, chirurgical dans les formes purulentes.

---

Vu par le président de la thèse  
BUDIN

Vu par le doyen  
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.  
GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BRESCHET. — Dictionnaire en XXI volumes.

BOUCHUT. — Gazette médicale, 1844.

SEDILLOT. — Médecine opératoire.

BONNET. — Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs.

BUDIN. — Thèse d'agrégation, 1880. Des varices chez la femme enceinte.

— *Femmes en couches et nouveau-nés*, 1893.

VERNEUIL, — Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs. Gazette médicale, 1855.

EPSTEIN. — Arch. f. path. Anat. und Phys. 1887.

CORNIL ET RANVIER. — Hist. pathol.

BRIQUET. — Phlebectasie. Thèse, 1824.

BROCA. — Revue de chirurgie, 1889.

QUÉNU. — Traité de chirurgie t. II.

RECLUS. — Traité de chirurgie, t. I.

OETTINGER. — Traité de Médecine, t. V.

SCHWARTZ. — Presse médicale, 1893.

VAQUEZ. — Cliniques de la Charité.

TROISIER. — Thèse d'agrégation.

LANCEREAUX. — Traité d'anatomie pathologique.

CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie.

LETULLE. — Anatomie pathologique.

GRAVES. — Leçons cliniques.

NIVERT. — Archives de médecine, 1862.

- SIREDEY. — Maladies puerpérales.
- HERVIEUX. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites couches.
- SEUVRE. — Embolie par phlébite variqueuse. *Bullet. Société anat.* 1873, page 300.
- CORMIER. — Thèse Paris, 1897.
- ROBINEAU. — Thèse Paris, 1898.
- MARQUET. De l'inflammation spontanée des veines variqueuses chez les femmes enceintes ou récemment accouchées.
- MAYDIEU. — Th. de Paris, 1881.
- CHABENAT. — Th. de Paris, 1874.
- RICHARD. — Thèse Paris, 1876.
- DELMONT. — Thèse Paris, 1869.
- ROCHARD. — Dict. encycl. des sc. médicales. *Art. Varices.*
- VILON. — Phlébite variqueuse post-puerpérale.
- LE BRANCHU. Thèse de Paris, 1894.
- BAILLÉ. — Thèse de Bordeaux, 1886.
- LÉONARDI. — Thèse de Paris, 1887.
- RENAUDIN. — Thèse Paris, 1885.
- WIDAL. — Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.
- LEJARS. — Les phlébites latentes chez les variqueux (leçons de chirurgie).









